

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do acidente: 31/12/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura calcâneo direito

Descrição do exame físico: apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao apoio plantar .

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190374470

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICENTE LUIZ DE AQUINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190374470 Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Acidente: 31/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190374470

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICENTE LUIZ DE AQUINO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000007139-0

Conta: 000001159-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0092501/19 CPF da vítima: 625969424-53 Nome completo da vítima: Vicente Luiz de Aguiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Vicente Luiz de Aguiro CPF: 59613-670
Profissão: Acougueiro Endereço: Rua Hilario Aveiroz Número: 300 Complemento: Casa
Bairro: Abolição Cidade: Mororó Estado: RN CEP: 59613-670
E-mail: Não Possui Tel.(DDD): (84) 99827-

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7139 CONTA: 1159 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprescindível
assinatura da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Natal/RN, 19/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ARQUIVADA
19 MAR 2019



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE

TERM.082646

VICENTE LUIZ DE AQUINO
AGENCIA 7139 CONTA 0001159-2

09:58 HRS
10/DEZ/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE
TOTAL DE RECURSOS

02200
12200

02200

LIMITE DE CREDITO
LIMITE EM CONTA
LIMITE UTILIZADO
LIMITE A UTILIZAR

00200
00200
00200

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE
DEZEMBRO/2018

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
05	SALDO ANTERIOR		00200
10	MORA CRED PESS 3480341		00200
	SALDO TOTAL		00200

00200
00200
00200

TAXA DIU ESP. 13,32% A.M. 348,86% A.A.
VOTO: 31/12/2018

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia
Fone facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
CAC Atto Bradesco 0800 7048383.
Deficiencia Aditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Atendimento 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA SECUNDANORA
19 MAR 2019



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 1206518

1 - LOCAL E DATA

Local AV. ADEZ COELHO Bairro ABOLIÇÃO III
Cidade/UF Mossoró P. Ref. DUPA MOTOS
Data 31/12/2018 Hora do acidente 10:10 Hora do registro 10:50 Dia da semana SEGUNDA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi W0H 9030 Cidade MARWANTZIN UF PA
Marca/Mod. HONDA Cor PRATA Ano 2011 12012
Proprietário BARTOLOMEU 2072 DE AQUINO Nº de Ocupantes 01
Conductor LEONARDO 2572 DE AQUINO Data de Nasc. 13/06/1966
Endereço RUA JACINTO DE OLIVEIRA Nº 8400 Fone 84-99475-5886
Bairro ABOLIÇÃO IV Cidade Mossoró UF PA
CPF Nº 62596942453 CNH Nº 03152787259 Validade 28/12/2020 Categoria A3
Local de Trabalho FINA LITRE Fone 58724 7385
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

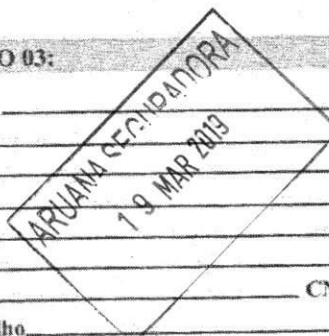
Placa ou Chassi 05X 9690 Cidade CAMARÁ UF PA
Marca/Mod. HONDA 166 150 Cor PRATA Ano 2012 12013
Proprietário CLAUDEA SILVA Nº de Ocupantes 01
Conductor _____ Data de Nasc. 1-1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. 1 1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. 1 1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? ABRIL 101140

Em que faixa? DESAFETA

Em que sentido? PARALELAS

Versão do condutor O CONDUTOR DE V1 PERMANECIA TRANQUILA NA RUA, SENTIDO 1 FAIXA ACIMA CITADA, AO CHEGAR NAS POTENCIAIS RAS DE DUPLICATES, COMO O SEU DE ALERTA PARA ESTABELECER A REDUZIR A VELOCIDADE AO FAZER O DESACELERAR PARA ESTACIONAR SENTIU UMA FORTE PULSAÇÃO NA 2ª ATOMIA DA SUA MOTO, O QUE O LEVOU A PARAR E VERIFICAR O PROBLEMA.

Assinatura do Condutor do V1

Vicente Luiz de Aguiar

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que faixa?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que faixa?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que faixa?

Em que sentido?

Versão do condutor

ARLIANA SERRA
19 MAR 2019

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

CONDIÇÕES DA VIA			Caract. Pista	Cond. Pista	Sinalização
Luminosidade	Cond. Tempo	Tipo da Pista			
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>200m PÁDA</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ACIDENTE DE TRÁNSITO

Diagram illustrating a sequence of events or positions over time, likely related to a traffic accident investigation. The diagram is drawn on a grid background.

The diagram shows a horizontal line with several points marked by arrows and labels:

- $v_1 \rightarrow$
- $v_2 \rightarrow$
- $v_3 \rightarrow$
- $v_4 \rightarrow$
- $v_5 \rightarrow$

Below the horizontal line, there is a box labeled "OUTRO MOTOS".

Other labels and markings include:

- A bracketed area labeled "OUTRO MOTOS" below the horizontal line.
- A label "OUTRO MOTOS" written vertically on the right side of the diagram.
- A label "OUTRO MOTOS" written vertically on the left side of the diagram.
- A label "OUTRO MOTOS" written vertically on the right side of the diagram.
- A label "OUTRO MOTOS" written vertically on the left side of the diagram.

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 - Trabalh. R070703550
R06, QUINTEIRO, PRACA, P5502, 11/07/95,
FABRIC: R02157, V00415105

AVARIAS DO VEÍCULO 3

A diagram of a square divided into two triangles by a horizontal line. The top triangle is shaded with diagonal lines.

AVARIAS DO VEÍCULO 2. TOTALMENTE DANTECIDO.

AVARIAS DO VEÍCULO 4

19 MAR 2019

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
 Endereço _____ Cidade _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
 Endereço _____ Cidade _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
 Endereço _____ Cidade _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
 Endereço _____ Cidade _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 RG Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
 Nome _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____
 Bairro _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT Nº 169836 Cód/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR AO LOCAL DA OCORRÊNCIA FOI CONFERENCIADO O BOLETIM E OUTRAS AS INFORMAÇÕES POSSÍVEIS, VALORES DE VÍCIO CONDUZIDO PARA A ÚLTIMA PELA SAAU COM FOTOGRAFIA E FOLHA DE LIBERADO PARA HAWIYA PEREIRA DOS SANTOS CNH-0688010602. CONDIÇÃO DE VÍCIO QUADROSE DO LOCAL VEÍCULO CONDUZIDO PARA O BE DO 200806.

ARJANA RODRIGUES
 19 MAR 2019

Nome Completo do Agente RAFAEL SOUSA SILVA
 POSTO/GRAD.: SDBM PM Nº 204035-2 Viatura 2010 0010 Subunidade: 200806
 Local e Data MOSSORO, 21 de DEZEMBRO de 2018.
 Assinatura do Agente de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0092501/19 CPF da vítima: 625969424-53 Nome completo da vítima: Vicente Luiz de Aguiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Vicente Luiz de Aguiro CPF: 59613-670
Profissão: Acougueiro Endereço: Rua Hilario Aveiroz Número: 300 Complemento: Casa
Bairro: Abolição Cidade: Mororó Estado: RN CEP: 59613-670
E-mail: Não Possui Tel.(DDD): (84) 99827-

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7139 CONTA: 1159 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprescindível
assinatura da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Natal/RN, 19/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ARQUIVADA SEGURADORA
19 MAR 2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE LUIZ DE AQUINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07139-0

CONTA: 000000001159-2

Nr. Autenticação

BRDESCO2706201905000000000023707139000000001159168750 PAGO



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 02

Mossoró 04 de Janeiro de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr(a): **VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 anos.**

RG: 100.417-3 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 13

Nome do Paciente: VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 anos.

Data: 31/12/2018

Local da ocorrência: Avenida: Abel Coelho/Abolição III (Próximo a lanchonete Bom de Boca)

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

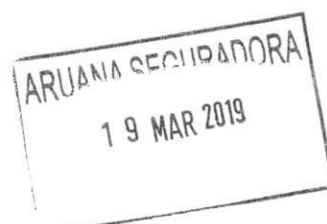
Hora do Chamado: 10h 30min.

Natureza da Ocorrência: Colisão moto x moto

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor do SAMU/ Mossoró





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/01/2019 ÀS 08:41:29

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

7335631

01/2019

VICENTE LUIZ DE AQUINO
RUA HILARIO QUEIROZ, N. 100 - ABOLICAO MOSSORO RN

59613-670

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
305.011.685.0217.000	16	1048				
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y12N468241	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 17

DATA LEITURA: 11/01/2019

LEIT. ATUAL: 1154

LEIT. ANT.: 1137

DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
12/2018	16	10/2018	18	08/2018	15	16
11/2018	17	09/2018	14	07/2018	18	

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	2 M3	10,54
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,39
JUROS DE MORA 11/2018		0,74

TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO

PIS 72,83 1,65 1,20

COFINS 72,83 7,6 5,54

VENCIMENTO:

20/01/2019

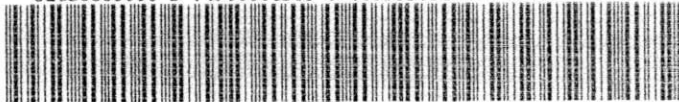
TOTAL A PAGAR:

74,96

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,50	7,5	0,0	0,5	0,0

82650000000 3 74960006305 3 00733563101 1 01201960003 5



MATRÍCULA

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

7335631

01/2019

20/01/2019

74,96



caern

COMPROVANTE DA CAERN

ARQUIVADA
19 MAR 2019



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115

115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/01/2019 ÀS 08:41:29

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

7335631

01/2019

VICENTE LUIZ DE AQUINO
RUA HILARIO QUEIROZ, N, 100 - ABOLICAO HOSSORO RN

59613-670

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
305.011.685.0217.000	16	1948				
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y12N468241	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 17

DATA LEITURA: 11/01/2019

LEIT. ATUAL: 1154

LEIT. ANT.: 1137

DÍAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
12/2018	16	10/2018	18	08/2018	15	16
11/2018	17	09/2018	14	07/2018	18	

DESCRIÇÃO ÁGUA

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	2 M3	10,54
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,39
JUROS DE MORA 11/2018		0,74

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	72,83	1,65	1,20
COFINS	72,83	7,6	5,54
VENCIMENTO:	20/01/2019	TOTAL A PAGAR:	74,96

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,58	7,6	98,46%	1,0	1,0

82650000000 3 74960006305 3 00733563101 1 01201960003 5



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
7335631	01/2019	20/01/2019	74,96



COMPROVANTE DA CAERN





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jussara Fabiana A. de Aquino inscrito (a) no CPF MS 473.444 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vicente Luiz de Aquino inscrito
(a) no CPF sob o Nº 625.969.424 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Vicente Luiz de Aquino inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.969.424 / 53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
Recusou

☒ Recuso informar

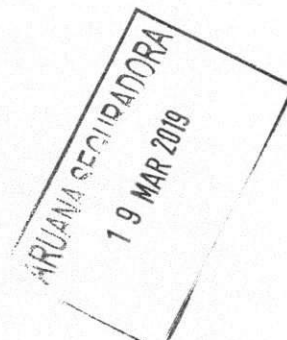
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Hilario Queiroz</u>	Número	<u>100</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Abolição</u>	Cidade	<u>Monoró</u>	Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59633670</u>				
Telefone comercial (DDD)	<u>(84) 99827-0066</u>		Telefone celular (DDD)		
Email		<u>Não possui</u>			

Monoró-RN, 15 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Jussara Fabiana Andrade de Aquino
Assinatura do Declarante



DR. WILLIAM CARVALHO PEREIRA

CRM 1160-RN-149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

O Paciente VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 ANOS de idade, Acougueiro,

HISTÓRICO: Acidente de trânsito, em Via pública, entre motos, ocorrido em 31 de dez. 2018, que culminou com:

- a) FRATURA de calcâneo direito
b) LESÃO capsulo-ligamentares do tornozelo e pé direito, com instabilidade tibio-tarsica, de indicação operatória com tala + gesso por 60 dias + Fisioterapia.

Do local do Acidente foi conduzido pelo SAMU, ao Hospital Regional Tarcisio MATIA em MOSSORO - RN. Boletim 36218/2018.

Procedimento: Exame + RX + Imobilização provisória com tala e indicação operatória, via SISREG, através do PTM (SIU).

QUADRO ATUAL e SEQUELAS

- a) DOR mediante permanência em pé
agachar-se, escur-se ou subir degraus
b) Marcha claudicante e dor espontânea
c) Perda da capacidade funcional laborial e Quotidiana, intensa da em 30%.

CID 10 T93.0 / S92.0 + S93.

Poiclínica Médica

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otavio Rosado

Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro

Fone (84) 3317-3526

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min

3ª e 5ª Todas as manhãs

Dr. William Carvalho Pereira
Ortopedia-Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160/RN - Mtb 149/RJ

ARUANA SEGURADORA
11 JUN 2019



Nossa
Compromisso com a sua saúde

Nome do Paciente: **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Data do Exame: **11/01/2019**

RG: -

Número do Atendimento: **PACS-4138817057**

Convênio: -

RAIO-X DO TORNOZELO DIREITO

LAUDO:

Linhas radiolucentes no calcâneo que no contexto de trauma sugerem fratura cominutiva.

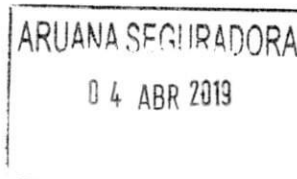
Imagem irregular com densidade óssea projetada posteriormente ao tálus que pode representar fragmento ósseo avulso da fíbula.

Entesófito calcâneo posterior.

A critério clínico, se possível, o estudo tomográfico poderá fornecer informações adicionais.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 12/01/2019 01:13. Para baixar uma cópia, acesse <https://valida.wbrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: qRyDAipG.



Laudado Por:

Dr. Fernando Mansano Rodrigues
CRM-SP 144983

Nome do Paciente: **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Data do Exame: **15/02/2019**

RG: -

Número do Atendimento: **PACS-4138817057**

Convênio: -

RAIO-X DO CALCÂNEO DIREITO

LAUDO:

Sinais de fratura cominutiva no calcâneo em processo de consolidação.

Imagem irregular com densidade óssea projetada posteriormente ao tálus que pode representar fragmento ósseo avulso da fíbula.

Entesófito calcâneo posterior.

Calcificações vasculares.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 15/02/2019 21:25. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbarad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: GgCeitKA.



Leudado Por:

Dr. Fernando Mansano Rodrigues
CRM-SP 144983

RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Mossoró, Rio Grande do Norte, 15/03/2019

Declaro que Sr Vicente Luiz de Aquino, admitido para atendimento fisioterapêutico dia 18/02/2018, com diagnóstico médico de lesão por acidente motociclístico em 31/12/2018, sendo submetido (a) a exames de imagem, apresentando queixas inchaço, limitação de movimento, e dores na região do tornozelo direito.

De acordo com o quadro clínico, observou-se inchaço, dores, edema e limitação de movimento na região do tornozelo direito, sendo necessário 11 sessões de fisioterapia motora para voltar a realizar as atividades de vida diária.

Apresenta como diagnóstico funcional: Lesão de tornozelo direito.

Os objetivos propostos foram:

Diminuição do quadro algico
Diminuição do edema
Aumento de movimentos em tornozelo direito.
Voltar a realização de atividades diárias.

Plano de tratamento proposto:

Exercícios miofocinéticos para diminuição de inchaço
Exercícios ativo assistido para fortalecimento de joelho e aumento da flexibilidade
Alongamento da musculatura
Rotação de tornozelo
Exercícios proprioceptivo
Declínio de calcanhares
Levantamento de tornozelo

Evoluiu com bastante sucesso em 11 sessões de fisioterapia onde o mesmo não precisa dar continuidade com o tratamento, já que realiza com sucesso as atividades de vida diária.



Diego Iohan

Diego Iohan de O. Monteiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO/RN 231838-F



CIRURGIA GERAL - AZUL

Paciente: 30645 - VICENTE LUIZ DE AQUINO (52 a 6 m 18 d)

Nascimento: 13/06/1966

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702205159764010

CPF: 62596942453

Prof:

Mãe: MARIA ANTONIA DE AQUINO

Pai: JOSE LUIZ DE AQUINO

Logradouro: HILARIO QUEIROZ, 100

CEP: 59613670

Bairro: MONSENHOR AMERICO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988124082 84 988124082

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: Acidente moto/moto veio em SAMU

Classificação:

31/12/2018 10:48:08

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: leves escoriações, dor em membro

Hora: 11:05

Paciente com história de acidente moto - veio há cerca de 40 min. Relata uso de capacete, não perda de consciência, náuseas ou vômitos. Não alergias. Veio em moto de SAMU.

(A) Vias aéreas permeáveis, sem ruídos.

(B) MV + simétrico, 5 l/min.

(C) FC: 106 bpm, estável hemodinamicamente.

(D) Glasgow 15, sem déficits focais, PRR.

(E) Escoriações em braço e perna (D) + dor intensa lombar.

Diagn. Inicial:

ARIANA REGIANORA
19 MAR 2019

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

(1) SRI 2000 - C, IV, 28 gotas/min

(2) Tiletil 40g + ASD, IV, agora

(3) Tramadol 100mg + 100 - C 500mg, IV, se dor.

(4) Avaliação Neurológica

(5) Ed. Rx de Coluna Lombar, braço (D) e perna (D)

(6) D-pirone 1g + ASD, IV, agora

Rommel Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM/RN 6362

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAMU MOSSORO 02/01/19

SAME / ARQUIVO

Moz. 150.343-0

*Saída: -

() Decisão médica - () Transferido - () Evasão - () Óbito - () Interna:

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/18. Hr: ____:____ Médico: _____

Vitima

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
VICENTE LUIZ DE AQUINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1004173 SSP RN

CPF
625.969.424-53 DATA NASCIMENTO
13/06/1966

FILIAÇÃO
JOSE LUIZ DE AQUINO
MARIA ANTONIA DE
AQUINO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO 03752787259 VALIDADE 28/12/2020 1ª HABILITAÇÃO 20/12/2005

OBSERVAÇÕES

Vicente Luiz de Aquino
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 29/12/2015

36611800686
RN702336692

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1157644171

PROIBIDO PLASTIFICAR
1157644171

ARUANA SEGURADORA
19 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF:
2936690 ITP RN

CPF: **111.473.444-69** DATA NASCIMENTO: **27/06/1994**

FILIAÇÃO:
JOAO LUIZ DE AQUINO
MARIA DE FATIMA ANDRADE

PERMISSÃO: **A** ACC: **A** CAT. HAB: **A**

Nº REGISTRO: **06729264568** VALIDADE: **03/08/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **27/10/2016**

OBSERVAÇÕES:

Jussara Fabiana A. de Aquino

LOCAL: **MOSSORO, RN** DATA EMISSÃO: **14/11/2017**

Leticia Maria Galvão Gomes
 Coordenador de Registro de Condutoras
 ASSINATURA DO EMISSOR: **03564894611**
RIO GRANDE DO NORTE

ASSINATURA DO PORTADOR:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1484999001

PROIBIDO PLASTIFICAR
1484999001

DFAC AL AP AM BA CE ES GO

Inocuada

ARIANA DE OLIVEIRA
 1.9. MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10934 // 00747 Nº 013708878867
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00408937815 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
BARTOLOMEU LUIZ DE AQUINO

CPF / CNPJ 325.327.174-91 PLACA NOH9020

PLACA ANT / UF NOH9020/RN CHASSI 9C2JC4110CR474472

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL OCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 13/11/2017 VENC. / COTAS 1º PAGO

IPV A R\$ 0.00 FAIXA I.R.V.A. 002844 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ ***** 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DPVAT: PAGO DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-50
BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.
MOTOR: JC41E1C474472

LOCAL PARNAMIRIM/RN DATA 13/11/2017

Sidney Bezerra de Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013708878867 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/11/2017

CPF / CNPJ 325.327.174-91 PLACA NOH9020

RENAVAM 00408937815 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110CR474472

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JUN / 2017

DENATRAM

CONTRAM

ARJANA SECURADORA
19 MAR 2013

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198024/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

CPF: 625.969.424-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO
CPF: 111.473.444-69


JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116542/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

CPF: 625.969.424-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

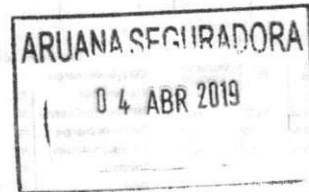
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

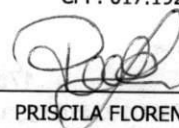
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/04/2019
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO
CPF: 111.473.444-69

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05



PRISCILA FLORENCIO DA SILVA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE DE D.A.M.S. **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Vicente Luiz de Aguiro CPF DA VÍTIMA 1625969424-53
 DATA DO ACIDENTE 30/12/2018
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jussara Fabiana A. de Aguiro
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Hilario Aveiro BAIRRO Abolição
 Nº 300 COMPLEMENTO Casa UF RJ CEP 59653-670
 CIDADE Mozzara TELEFONE (84) 99827-0066
 E-MAIL Não Possui

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA EM ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 - ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE DA L. 13.500/04
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19/03/2019
 IDENTIDADE 2936690
 ASSINATURA Jussara Fabiana
André de Aguiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 19/03/2019
 NOME Priscila Florencio
 ASSINATURA [Assinatura]

ARQUIVADA E EQUIPADORIA

19 MAR 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do acidente: 31/12/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura calcâneo direito

Descrição do exame físico: apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao apoio plantar .

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:		Vicente Luiz de Aquino
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	
BRASILEIRO		
PROFISSÃO:	Agricultor	
IDENTIDADE:	CPF:	
100.4173	625.969.424-53	
ENDEREÇO:		
Hilario Duarez Nº 100 Aldeia		

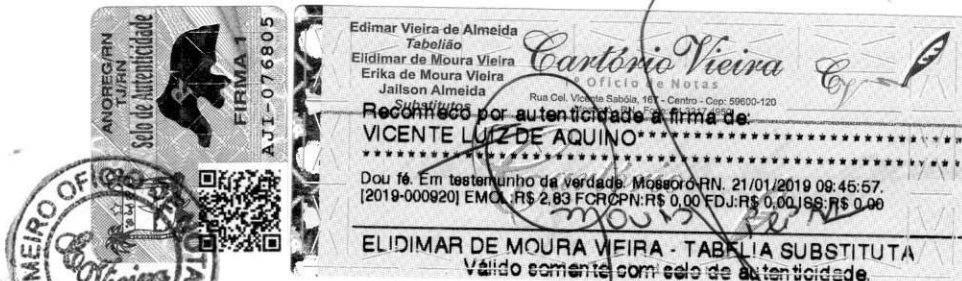
OUTORGADO

NOME:		Jussara Fabiane Andrade de Aquino
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	
BRASILEIRO		
PROFISSÃO:		
IDENTIDADE:	CPF:	
2936690	111.473.424-69	
ENDEREÇO:		
Hilario Duarez Nº 100 Aldeia		

DATA DO ACIDENTE: 31/12/2018 COBERTURA: Invalidez
 Nome da Vitima: Vicente Luiz de Aquino.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



MOSSORÓ 21/01/2019

Vicente Luiz de Aquino

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198024/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

CPF: 625.969.424-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO
CPF: 111.473.444-69

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190374470**

Nome do(a) Examinado(a): **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Hilário Queiroz, 100 - abolição - Mossoró - RN - CEP 59613-670

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **1004173**

Data e local do acidente: [**31/12/2018**] **Av Abel coelho Abolição 3, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [**19/06/2019**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura calcâneo direito

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao apoio plantar .

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN